

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THESE

N° 614

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean CLARIN

né le 25 mai 1899, à Pointe-à-Pître (Guadeloupe)

LA LEISHMANIOSE CUTANÉE
DE LA GUYANE

Président : M. JEANSELME, professeur.

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1926

THÈSE

DE

MÉDECINE

PAR

LE

DOCTEUR

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

CHAP. DE MÉDECINE DE LAIS

Année 1926

THESE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean CLARIN

né le 25 mai 1899, à Pointe-à-Pître (Guadeloupe)

LA LEISHMANIOSE CUTANÉE DE LA GUYANE

Président : M. JEANSELME, professeur.

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	II. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	JEANSELME
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHT Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
LOEPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCIAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Qui ne connaîtra jamais l'étendue
de ma vénération et de ma
reconnaissance.*

A MA FEMME

En gage d'indéfectible attachement.

A MES TANTES

Que j'aime.

A MA FAMILLE

A M. ABEL LHUILLIER

*Pour le dévouement paternel qu'il
nous a en maintes circonstances
témoigné.*

AU DOCTEUR HENRY, DE CAYENNE

*A qui nous sommes reconnaissant
de l'aide généreuse et amicale
qu'il nous a apportée dans ce
travail.*

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE MEDECINE COLONIALE

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TANON

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Chargé de Cours à l'Institut de Médecine coloniale de Paris
Médecin Inspecteur des Epidémies
Chevalier de la Légion d'Honneur

*A qui nous gardons un impérissable
souvenir pour son accueil tou-
jours cordial et bienveillant et
les excellents principes qu'il nous
a inculqués.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR NATTAN-LARRIER.

Professeur au Collège de France
Chevalier de la Légion d'Honneur

*C'est à vous, mon cher Maître, que je
dois ce travail ; il ne vous était pas
possible de m'aider plus que vous
l'avez fait. Je vous y retrouverai tou-
jours, à chaque page, à chaque ligne.
Veuillez être indulgent pour les fautes
qu'il contient encore malgré tout le mal
que vous vous êtes donné pour moi.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Professeur de Clinique dermatologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Pour le grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de
cette Thèse.*

PREFACE

A l'époque où, avant d'entreprendre nos études médicales, nous coudoyions en Guyane diverses maladies tropicales, notre curiosité se laissait plus volontiers animer par une affection propre à ce pays et dont on ne connaissait à peu près rien, sauf qu'elle ne frappait que les travailleurs de la forêt et qu'elle pouvait guérir spontanément, après avoir lassé pendant des années les traitements les plus acharnés.

Plus tard, des leçons de M. Nattan-Larrier au Collège de France, en nous exposant magistralement ce que l'on savait et ce qui reste encore à connaître de cette maladie, ont fait renaître l'intérêt qu'elle avait présenté autrefois pour nous.

M. Nattan-Larrier, nous inspirant le sujet de notre travail, a bien voulu nous autoriser à faire état des notes que nous avions prises à ses cours. Suivant ses conseils, nous avons cru bon de grouper, autour des observations classiques de M. le Professeur Jeanselme et de Darier et Christmas, quelques autres observations saisies sur place.

Nous remercions sincèrement le Docteur Henry de

Cayenne, qui, pendant, deux années, a sacrifié de son temps pour nous relever parmi ceux qu'il rencontrait les cas les plus typiques de l'affection.

A M. le Professeur Brumpt, notre premier maître en parasitologie, qui sait rendre si attrayante l'étude ardue de la parasitologie, l'assurance que ses leçons vivantes à la Faculté resteront dans notre mémoire.

Que M. le Professeur Tanon et nos maîtres de l'Institut de Médecine coloniale trouvent ici l'expression de notre gratitude pour les précieux conseils dont ils nous ont entouré.

Nous prions M. le Professeur Nattan-Larrier, qui, par sa patience inlassable à faciliter nos recherches, à corriger nos erreurs, s'est montré pour nous le plus bienveillant des maîtres, de trouver ici l'assurance de notre infinie gratitude et de notre fierté à compter parmi ses élèves.

INTRODUCTION

On observe à la Guyane une lésion cutanée qui, en raison de l'apparence qu'elle présente quelquefois, avait été rapprochée du Pian et avait reçu le nom de Pian-Bois.

Depuis 1909, on sait, à la suite des travaux de MM. Nattan-Larrier, Heckenroth et Touin, que le Pian-Bois, dont on ignorait complètement la nature, reconnaît pour agent pathogène une *Leishmania*. On devrait donc actuellement désigner le Pian-Bois sous le nom de *Leishmaniose cutanée de la Guyane*, terme proposé par M. Nattan-Larrier.

L'objet de cette thèse sera de préciser l'histoire clinique du Pian-Bois de la Guyane, de grouper les renseignements qui ont été recueillis sur son agent pathogène, sur son étiologie, sur son traitement. Nous essaierons, en outre, de savoir si la *Leishmaniose cutanée de la Guyane* doit être confondue avec la *Leishmaniose américaine*, ou si elle constitue une entité pathologique. Une semblable étude présente encore de réelles difficultés : car, tandis que la leishmaniose

américaine et son parasite ont été l'objet de très nombreuses recherches, le Pian-Bois et sa leishmania ont été encore peu étudiés.

Nous devons évidemment nous borner à résumer des travaux déjà classiques, sans essayer de les compléter ou de les vérifier. Néanmoins, nous espérons faire œuvre utile en montrant nettement quels sont les questions sur lesquelles doivent porter de nouveaux travaux.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie et mode de transmission

La leishmaniose de la Guyane a été désignée dans les trois Guyanes, Française, Holandaise et Anglaise, sous les noms respectifs de Pian-Bois, Bosh Yaws, Forest Yaws. Ces dénominations tendent à établir que cette affection se contracte dans les forêts : on ne connaît, en effet, aucun exemple de Pian-Bois qui ne se soit pas développé après un séjour dans la forêt vierge. Le Pian-Bois, comme le Bosh Yaws; dit le Docteur Henry, qui observe depuis vingt ans cette maladie dans la Guyane Française, est une affection spéciale à la forêt vierge et ne se contracte jamais sur le littoral. Nous trouvons l'origine forestière signalée dans toutes les observations que nous avons relevées : le malade de Darier et Christmas avait fait trois séjours prolongés dans l'intérieur des Guyanes ; celui de M. Jeanselme dirigeait des travaux de défrichement dans la forêt. Aussi la maladie frappe-t-elle les mi-

neurs, les prospecteurs, les bûcherons, les forçats évadés.

Les nouveaux cas de Pian-Bois n'apparaissent que dans certaines saisons. Il existe dans les Guyanes deux saisons bien tranchées : la saison sèche et la saison des pluies. C'est pendant cette dernière période de l'année, pendant l'hivernage, de novembre à avril ou mai, que la maladie se montre.

Le Professeur Jeanselme, en 1904, dans son Cours de Dermatologie exotique, a résumé ces données étiologiques : « Cette lésion de la peau et des muqueuses, dont on connaît mal la nature et les symptômes, dit-il, est très commune en Guyane au début de la saison des pluies chez les ouvriers des *placers* et les coupeurs de bois. Elle atteint sans distinction de races les hommes de couleur et les Européens qui pénètrent dans la forêt vierge. »

Les lésions du Pian-Bois " occupent, dit M. Jeanselme, les régions découvertes, le visage, les mains, les jambes et les pieds. »

Dans les observations que nous avons relevées, en effet, les 23 lésions mentionnées se répartissaient de la façon suivante : 7 fois aux jambes ; 7 fois aux avant-bras ; 4 fois aux mains ; 5 fois à la face. Seule l'observation VII signale des lésions au niveau des cuisses et des fesses. Flû a noté que, à Surinam (Guyane Hollandaise), les ulcères siégeaient souvent autour de la ceinture : c'est là un fait intéressant dont il a tiré des déductions étiologiques.

Comment l'homme s'infecte-t-il ? « La maladie ne serait pas contagieuse par contact ou par cohabitation », dit M. Jeanselme. On a vu, en effet, la maladie frapper des sujets qui vivaient isolés, loin de tout contact humain.

La localisation des lésions sur les parties découvertes a fait penser que la maladie peut être inoculée par un insecte piqueur. La majorité des malades, d'ailleurs, déclarent qu'une piqûre a précédé le développement du Pian-Bois. Les localisations des lésions leishmaniennes laissent supposer que l'insecte inoculateur du virus est un diptère qui vit dans les forêts et devient surtout abondant à la saison des pluies. Les présomptions portent sur un Phlébotome, puisque l'on sait le rôle qui revient aux Phlébotomes dans l'inoculation du Bouton d'Orient et peut-être de la Leishmaniose américaine. Pourtant, Flû pense, en s'appuyant sur des faits intéressants, que la Leishmaniose de la Guyane est transmise par une tique.

D'après Flû, en effet, les nègres Boshiman de la Guyane Hollandaise affirment que la lésion serait inoculée par une tique qui vivrait sur les lianes dans la forêt vierge et attaquerait l'homme au moment où il passerait dans une galerie forestière ou pratiquerait des coupes. L'insecte tomberait alors sur le dos nu des travailleurs, glisserait sur leur peau et, s'arrêtant au niveau de la ceinture du pantalon, inoculerait la *Leishmania* au niveau de la taille.

Les conditions dans lesquelles le virus se conserve

dans la nature ne sont pas mieux connues. Se transmet-il par hérédité chez son hôte intermédiaire ? Cette hypothèse ne serait vraisemblable que si le rôle étiologique de la tique était démontré. Le virus peut-il directement passer d'insecte à insecte ? Cette hypothèse paraît admissible, si l'on se souvient que certaines crithydia parasites du tube digestif des insectes et très voisines des *Leishmania*, se transmettent d'insecte à insecte par coprophagie. Il est pourtant plus vraisemblable de penser que le virus se conserve sur un vertébré à sang chaud qui en est le réservoir : ce serait chez cet animal que l'insecte puiserait les *Leishmania*, qui ne seraient inoculées à l'homme que dans des conditions exceptionnelles. Rien ne permet de soupçonner un animal auquel reviendrait ce rôle. Cependant, on pourrait supposer, comme M. Brumpt l'a fait pour la conservation au Brésil du virus de la Leishmaniose brésilienne, que le parasite se conserve sur l'agouti, très commun en Guyane.

Toutes ces indications présentent un intérêt incontestable, mais elles ne fournissent aucun renseignement précis, ni sur l'hôte intermédiaire de la *Leishmania* de la Guyane, ni sur l'insecte qui l'inocule. De nouvelles enquêtes étiologiques devront être poursuivies sur place : c'est seulement lorsqu'elles auront conduit à des conclusions définitives que la prophylaxie du Pian-Bois de la Guyane pourra se fonder sur des bases scientifiques et devenir efficace.

CHAPITRE II

Description clinique

Nous rappelons dans un chapitre précédent les termes par lesquels, en 1904, le Professeur Jeanselme signalait l'insuffisance de nos connaissances sur les caractères cliniques de l'affection. Trois ans auparavant, Darier et Christmas avaient déjà reconnu, à propos d'un cas de Pian-Bois, « la grande confusion qui règne au sujet des maladies tropicales qu'on a désignées sous les noms de Pian, Yaws, Boubas, Craw-Craw », du fait que « des cas tout à fait disparates ont été décrits sous une même dénomination ». Le terme de Pian-Bois lui-même consacrait une confusion entre l'ulcère de la Guyane et le Pian proprement dit. La découverte de l'agent pathogène du Pian-Bois a prouvé que cette lésion était une entité pathologique et ne permet plus de la confondre, ni avec une ulcération banale, ni avec une manifestation de la syphilis, de la tuberculose ou de la lèpre.

Nous distinguerons avec M. Nattan-Larrier trois formes cliniques de la maladie : A) une forme ulcéreuse simple (forme cutanée) ; B) une forme à propagation lymphangitique (forme cutanéolymphatique) ; C) Une forme dans laquelle des localisations secondaires sur les muqueuses se joignent à des lésions cutanées (forme cutanéomuqueuse).

A) *Forme ulcéreuse simple* (forme cutanée). — Son évolution présente trois phases : une phase de début, une phase d'état, une phase de terminaison.

a) Phase de début. — Elle est connue par les descriptions données par les malades qui quittent la forêt, lorsque les divers traitements indigènes ont été entrepris et abandonnés tour à tour.

Quelques jours après une piqûre d'insecte et au niveau de cette piqûre, apparaît, tantôt une petite vésicule de la grosseur d'une tête d'épingle remplie d'un liquide purulent, tantôt une infiltration limitée, grosse comme un grain d'orge, présentant quelquefois une dépression centrale. Autour de cet élément, la peau est rouge et prurigineuse. Lorsqu'il existe une vésicule, au bout de quelques jours, elle se rompt et s'évacue ; à son niveau se constitue une ulcération qui s'étend bientôt. En quelques mois, enfin se forme une ulcération, dont les dimensions peuvent atteindre celles de la paume de la main.

b) Période d'état. — L'ulcère repose sur une base infiltrée. Ses bords, non décollés, sont saillants, épais

et rouges. Son fond est inégal, rouge vif, saigne facilement et laisse couler une sérosité assez abondante. Il est quelquefois recouvert d'une croûte épaisse et irrégulière et dure, très adhérente.

A la périphérie de la lésion principale, on voit souvent de petites ulcérations secondaires qui se développeront à leur tour et pourront se réunir à l'ulcération primitive pour augmenter son étendue. Il existe une légère réaction lymphatique.

c) Terminaison. — Parvenue à un certain degré d'extension, la lésion s'y fixe pendant un, deux ou trois ans, puis, même si elle n'est pas traitée, entre spontanément en régression. La sécrétion purulente se tarit peu à peu, l'infiltration disparaît, l'ulcère se comble, la croûte tombe, et une cicatrisation complète se produit.

Les caractères de la cicatrice ont été décrits par M. Jeanselme. Elle est le plus souvent « superficielle et plane, légèrement réticulée, de niveau avec la peau saine et glissant aisément sur les plans sous-jacents ». A son niveau peuvent exister des troubles de la sensibilité thermique et douloureuse, comme dans le cas de M. Jeanselme.

Dans d'autres cas, la perte de substance peut se réparer plus complètement : au niveau où existait le Pian-Bois ne persistent plus que des taches erythémato-pigmentaires à peine appréciables.

L'évolution du Pian-Bois ne s'accompagne pas, dans

la plupart des cas, de réactions générales. Les accidents fébriles qui ont été parfois signalés ne relèvent pas, semble-t-il, d'ordinaire, de l'infection leishmanienne, mais soit d'une infection palustre concomitante.

Cependant, M. Jeanselme a noté chez l'un de ses malades des accès de fièvre qui n'étaient ni précédés de frisson ni suivis de sudation, qui résistaient à la quinine et étaient, peut-être, dus à l'infection leishmanienne. Chez quelques sujets apparaissent des troubles divers qui sont, sans doute, en relation avec l'avitaminose, si fréquente chez les travailleurs de la forêt.

La forme de la Leishmaniose de la Guyane que nous venons de décrire est la forme commune : la maladie ressemble alors, dans ses grandes lignes, à un Bouton d'Orient et ne s'en distingue que par la longueur de son évolution.

B) *Forme à propagation lymphangitique* (forme cutanéolymphatique). — La réaction lymphatique, loin d'être discrète comme dans la forme précédente, prend ici l'aspect d'une véritable localisation de la Leishmaniose.

Nous trouvons, dans l'observation même de Darier et Christmas, une description précise de cette forme.

Des nodules, dont la grosseur varie de celle d'un très petit pois à une demi-noix, se disposent en chapelet le long des troncs lymphatiques principaux du

membre. Les plus récents sont petits, fermes, indolores, et ne déterminent à leur niveau aucune modification de la coloration de la peau. Ceux dont l'évolution est plus avancée grossissent, se ramollissent, sont recouverts de téguments amincis et prennent « l'aspect de gommes prêtes à s'ouvrir ». Chaque élément évolue pour son propre compte, et des nodules ou des ulcérations, arrivés à des stades différents de leur évolution, peuvent se rencontrer côte à côte dans la même région.

Notre observation IV montre un autre exemple de cette forme du Pian-Bois. Une ulcération peu étendue de l'avant-bras droit coïncidait avec un chapelet de nodules indurés que l'on pouvait suivre, le long de la face interne du bras, jusque dans l'aisselle. A l'avant-bras gauche existait une autre ulcération d'où partait une chaîne de nodules qui s'étendait jusqu'à la partie moyenne du bras.

Ces observations justifient, semble-t-il, l'opinion de Darier. « Le Pian-Bois, écrit-il, débute par un nodule sous-cutané, évolue comme une lymphangite nodulaire » où « la peau n'est que secondairement atteinte, et cela du dedans en dehors. »

C) *Forme à localisation secondaire sur les muqueuses* (forme cutanéomuqueuse). — Il est généralement admis que ce qui distingue le Pian-Bois de la Guyane des autres Leishmanioses américaines et de la Leishmaniose du Brésil en particulier, c'est son

affinité exclusivement dermatrope. Le Pian-Bois de la Guyane n'atteint, en effet, en règle générale, les muqueuses nasale ou labiale qu si la lésion siège au pourtour de l'orifice buccal ou des narines.

N'existe-t-il pourtant jamais de lésions leishmaniennes sur les muqueuses ? se demandait M. Nattan-Larrier.¹ N'existe-t-il pas de forme de transition pour ainsi dire entre la Leishmaniose de la Guyane et la Leishmaniose américaine ?

Une observation inédite recueillie par le Docteur Henry, de Cayenne, démontre que le tropisme cutané du Pian-Bois n'est pas absolu. Chez le malade du Docteur Henry, deux ulcérations se produisirent secondairement sur les muqueuses : l'une et l'autre étaient situées sur la muqueuse nasale, à un centimètre de l'orifice des narines.

OBSERVATION IV INÉDITE

(Due à l'obligeance du Docteur Henry, de Cayenne)

A... J..., 26 ans, née à Sainte-Lucie (Antilles Anglaises). En est à son deuxième séjour en Guyane. Elle y est revenue il y a sept mois pour se rendre à une mine d'or où elle tient un commerce.

Il y a quatre mois, elle a remarqué à l'avant-bras droit une

¹ On a vu plus haut que M. le Professeur Jeanselme, dans ses leçons de dermatologie exotique, désigne le Pian-Bois comme une lésion de la peau et des muqueuses.

petite pustule qui, deux mois après, s'est ouverte et n'a cessé de s'élargir. Il y a un mois, elle a éprouvé un peu de douleur dans le nez, en même temps qu'elle motichait du sang. Deux autres pustules, l'une à la tête du sourcil gauche, l'autre sur le bord libre de l'oreille droite, survinrent peu après.

Le 1^{er} avril, la malade se présente à notre examen. On constate :

1° À la face postérieure de l'avant-bras droit, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, un nodule ulcéré de 1 centimètre et demi de diamètre. Au-dessus, dans le tissu cellulaire, donnant la sensation de grains de plomb, trois nodules sur lesquels roule la peau. Au-dessus d'eux, un petit placard induré de 1 centimètre environ de large sur 1 demi-centimètre de long, constitué par des nodules arrivés au stade d'adhérence avec la peau. Encore quelques semaines, et un gros élément nodulaire unique surgirait à ce niveau.

2° Sur la muqueuse nasale, aux deux narines, à 1 centimètre de l'orifice, deux ulcérations bien bourgeonnantes qui obstruent en partie les fosses nasales, provoquant ainsi une respiration un peu sifflante et qui sont causes du nasillement de la voix.

3° Sur le sourcil, gros comme un grain de plomb de petit calibre, un petit nodule induré et une ulcération large comme une tête d'épingle.

4° Sur le bord libre du pavillon de l'oreille droite, un nodule non ulcéré, du volume d'un petit grain de plomb.

Toutes ces lésions, après sept piqûres d'émétique intra-veineuses, ont disparu.

Le Pian-Bois pourrait donc atteindre secondairement les muqueuses comme la Leishmaniose mutilante américaine ? De nouvelles observations viendront sans doute confirmer cette notion nouvelle.

CHAPITRE III

Microbiologie

Tandis que la *Leishmania* du Bouton d'Orient présente les caractères bien connus d'un protozoaire arrondi, ovalaire ou piriforme de 1 à 3 μ de longueur, nous reconnaissons à la *Leishmania* du Pian-Bois un certain nombre de caractères morphologiques distinctifs que M. Nattan-Larrier, après examen de frottis recueillis par le Docteur Henry, de Cayenne, a nettement mis en évidence dans une communication, en 1925, à l'Académie de Médecine.

Sur ces frottis, comme le fait ressortir l'auteur, la recherche des parasites était difficile. Ils étaient quelquefois inclus dans de volumineux macrophages, mais le plus souvent ils étaient libres. Quelques-uns étaient accolés à la surface des globules rouges.

Les parasites se présentaient sous la forme d'organismes ovalaires, piriformes ou arrondis. Leurs contours étaient souvent difficiles à distinguer. Leur pro-

toplasme fixait moins fortement les colorants dans sa zone périphérique. Le noyau et le centrosome pouvait être bien mis en valeur.

Les formes ovalaires, incluses dans les macrophages, ne mesurent que 3μ à $3\mu,5$, sur 2μ ; mais à côté de ces petites formes, sur lesquelles Flû a insisté, se reconnaissent les *Leishmania* de grande taille, analogues à celles qu'a vues Franchini dans un cas de Leishmaniose américaine : formes allongées et piri-formes dont la longueur varie de 6μ à $7\mu,5$ et la largeur de $1\mu,8$ à 3μ , formes ovalaires de 6μ à $6\mu,5$ de longueur sur 2μ environ de larges, formes arrondies de 6μ de diamètre.

La configuration du noyau observée par Laveran et Nattan-Larrier sur la *Leishmania* de la Espundia du Pérou se voit sur 10 p. 100 environ des parasites du Pian-Bois, tandis que, sur les autres, le noyau n'est pas accolé à la paroi et aplati, mais arrondi. Quant au centrosome, il est cocciforme ou bacilliforme. Les *Leishmanias* pourvues d'un rhizoplaste ne sont pas rares : cette formation sur un parasite long de 6μ , large de $1\mu,8$, s'étendant du centrosome à l'extrémité effilée de l'élément, mesurait $2\mu,7$.

Les dimensions du parasite, la forme de son noyau, la présence fréquente d'un rhizoplaste, font que la *Leishmania* de la Guyane se rapproche de très près du parasite de la Leishmaniose américaine. Il est, en effet, pratiquement impossible de distinguer morphologiquement les deux parasites.

Cultures et Inoculations

La culture de la *Leishmania* américaine a été obtenue par MM. Jeanselme et Langeron, en partant de deux nodules prélevées sur le bras d'un porteur de Pian-Bois. Les cultures ont été faites sur gélose-sang Novy-Neal-Nicolle (Gélose 14, sel marin 6, eau 900). Voici les résultats qu'ont consignés les auteurs :

« 1^{er} nodule. — a) 2 tubes avec le sang qui s'écoula au moment de la biopsie : stériles.

b) 1 tube avec le liquide (sang et pus) souillé d'iode et de cocaïne : stérile.

c) 2 tubes avec le pus du nodule : positifs.

d) 5 tubes avec une émulsion préparée en triturant le tissu *** du nodule avec de l'eau physiologique : positifs pour 4 tubes.

2^e nodule. — 3 tubes avec émulsion en triturant les tissus avec de l'eau physiologique : positif pour 1 tube.

3 prélèvements avec une seringue dans le bourrelet d'un élément : stériles malgré l'examen microscopique positif des bourgeons charnus du fond de l'ulcération. »

Les auteurs n'indiquent aucun caractère différentiel des parasites reconnus dans les cultures d'avec la *Leishmania* du Bouton d'Orient ; on peut donc supposer que les caractères cultureux des deux parasites sont identiques.

Nous ne connaissons aucun cas d'inoculation, ni chez le singe, ni chez le chien, qui ait été suivi de succès. Ces tentatives ont été pourtant trop peu nombreuses pour pouvoir dire que le virus de la Guyane n'est pas inoculable aux animaux.

Les inoculations de MM. Jeanselme et Langeron ont porté sur deux chiens et quatre singes (deux macacus cynomolgus, un certophytheus callitrichus et un cynocéphale). Ces animaux reçurent dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région dorso-lombaire une émulsion de deux nodules broyés dans l'eau physiologique. Les résultats furent négatifs sur le chien comme sur le singe.

Répartition des parasites dans les lésions

La distribution des parasites dans les lésions a été étudiée par MM. Nattan-Larrier et Heckenroth.

A la superficie de l'ulcération, on rencontre des *Leishmania* jusque dans les couches fibrineuses les plus superficielles, où elles sont soit libres, soit incluses dans les cellules.

A u centre du granulome, les parasites sont beaucoup plus abondants et s'observent dans les cellules conjonctives, où leur nombre peut s'élever à dix ou douze, dans les leucocytes mononucléaires, où ils apparaissent entourés d'une fine vacuole, dans les cellules géantes, dans la sérosité œdémateuse et quelque fois dans les endothéliums vasculaires.

Quelle que soit leur localisation, les *Leishmania* ne se montrent jamais en très grand nombre. Beaucoup d'éléments n'en contiennent aucune. D'autres en renferment une à deux. C'est par exception que MM. Nattan-Larrier et Heckenroth en ont vu jusqu'à quarante dans certains macrophages. Les parasites deviennent plus rares encore à la périphérie du granulome.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Nous empruntons à MM. Nattan-Larrier et Hec-kenroth la description anatomo-pathologique qu'ils ont donnée en 1909 à la Société de Pathologie exotique d'un cas de Pian-Bois à la Guyane.

Les auteurs avaient prélevé un fragment de la pièce au niveau des bords de l'ulcère. Après inclusion à la paraffine, ils ont coloré à l'hémateine-éosine, à la thionine et au Giemsa. La lésion se présentait sous l'aspect d'une ulcération plane entourée d'un tissu largement infiltré d'éléments leucocytaires. A sa périphérie, l'épiderme paraissait épaissi et reposait sur un derme lui-même enflammé. Une mince couche de sérosité coagulée représentait la portion la plus superficielle de la plaie. Au-dessous de ce coagulum, on découvrait une couche de filaments fibrinoïdes irréguliers, des éléments nécrobiosés et des polynucléaires étirés.

Dans la région sous-jacente à l'ulcération, le derme avait perdu son aspect normal et présentait l'apparence d'un véritable granulome. Son stroma était composé de rares et fines fibrilles conjonctives et de cellules conjonctives présentant un protoplasma rameux et facilement colorable, un noyau allongé qui fixait mal les colorants basiques. Dans les mailles de ce tissu, se répartissaient irrégulièrement de très nombreux leucocytes qui correspondaient à toutes les variétés des leucocytes mononucléaires. D'assez nombreux plasmazellen et des matzellen se reconnaissaient dans toute l'étendue de ces lésions.

On rencontrait près de la surface des ulcérations quelques cellules géantes, les unes arrondies, régulières, pourvues d'une couronne de petits noyaux, les autres anguleuses, dont les noyaux allongés étaient disposés en désordre.

Les capillaires étaient volumineux et distendus ; leur endothélium était tuméfié. Les artérioles et les veinules présentaient des lésions d'endo-vascularite végétante. Une sérosité abondante où nageaient des globules blancs dilatait les vaisseaux lymphatiques.

CHAPITRE V

Diagnostic

La Leishmaniose cutanée de la Guyane se présente sous trois aspects bien différents. Dans une première forme, il s'agit d'une ulcération torpide et isolée à fond pâle et atone dont nous trouvons le type dans l'observation de MM. Nattan-Larrier, Touin et Hec-kenroth.

Une seconde forme nous montre des lésions multiples s'accompagnant de nodules disséminés sur le trajet des lymphatiques. Les observations II et III inédites de notre thèse, l'observation de Darier et Christmas, correspondent à cette forme.

Enfin, dans une troisième forme, existent des lésions sur les muqueuses.

Le diagnostic de la première forme doit se faire en premier lieu avec toutes les ulcérations banales que l'on peut observer dans les pays exotiques et qui ont été désignées sous le mauvais terme de *craw-craw*.

L'existence des lésions sur des sujets qui ont vécu dans la région forestière, leur apparition au moment de la saison des pluies, sont des notions étiologiques qui peuvent permettre de présumer de la nature de la plaie.

Le diagnostic devra être établi par l'examen des frottis. On aura soin de prendre les précautions signalées par M. Nattan-Larrier : s'abstenir d'un antiseptique pour le lavage de la plaie, qui sera fait à l'eau savonneuse ; mais, en réalité, il faut reconnaître, comme l'a souvent indiqué M. Nattan-Larrier, que la recherche des *Leishmania* sur lame est toujours difficile et souvent infructueuse.

Faute de pouvoir rechercher la *Leishmania*, on essaierait d'établir le diagnostic clinique en se fondant sur les caractères de la plaie, qui, nous le rappelons, est une plaie le plus souvent pâle et atone, souvent croûteuse, dont le fond granuleux saigne au moindre contact, dont les bords « peu élevés et réguliers sont entourés d'une zone œdémateuse et rougeâtre. »

Lorsque la lésion s'accompagne de lymphangite nodulaire, elle pourrait risquer d'être confondue avec une lésion sporotrichosique ou avec des gommes tuberculeuses. Mais, dans la sporotrichose, les nodules sous-cutanées sont disséminées en dehors des territoires lymphatiques et donnent par la culture les parasites caractéristiques. Les gommes tuberculeuses, par leur répartition topographique, leur évolution, leur volume, leur nombre, ne présentent aucun caractère permet-

tant de les confondre avec les nodules de la Leishmaniose de la Guyane.

En réalité, la forme lymphatico-cutanée de la Leishmaniose de la Guyane est la plus caractéristique et surtout celle qui peut le moins facilement être confondue avec toute autre lésion cutanée.

La Leishmaniose cutanéomuqueuse de la Guyane est trop rare pour que son diagnostic ait été souvent posé.

Comme la Leishmaniose américaine, elle pourrait être confondue avec les blastomycoses, qui en reproduisent tout le syndrome clinique. Elle s'en distinguera facilement par l'examen microscopique des frottis. D'ailleurs, un pareil diagnostic ne se posera pas la blastomycose n'ayant pas encore été signalée à la Guyane. La marche de la maladie, les caractères des lésions et surtout les examens microscopiques et les réactions biologiques ne permettront de confondre la Leishmaniose cutanéomuqueuse ni avec le lupus, ni avec la syphilis exotique, ni avec les manifestations tertiaires graves du Pian vrai.

A la période de cicatrisation, les lésions pourraient en imposer quelquefois pour des taches lépreuses. Les cicatrices dont M. Jeanselme nous a fait la description étaient décolorées au centre, pigmentées en brun tirant sur le violet à la périphérie, et tranchaient nettement sur la peau voisine.

Au niveau de certaines de ces taches, existent des troubles de la sensibilité thermique et douloureuse.

Une étude attentive des commémoratifs, les cicatrices du Pian-Bois ayant toujours été consécutives à une ulcération, la recherche du névrome du cubital, l'examen complet du malade, mettront toujours sur la voie d'un diagnostic exact.

Pronostic et Complications

La Leishmaniose de la Guyane, dans l'état actuel de nos connaissances, ne paraît être qu'une maladie pénible par le caractère torpide des ulcérations et par la lenteur de la guérison.

A aucun moment, l'affection ne met en jeu la vie du malade. Ce pronostic pourrait toutefois comporter de plus grandes réserves, si des observations analogues à notre observation IV se multipliaient.

Aucune complication de la Leishmaniose de la Guyane n'est actuellement connue.

CHAPITRE VI

Traitement

De très nombreux antiseptiques ont été employés dans le traitement de la Leishmaniose de la Guyane. L'alcool, le permanganate, le bleu de méthylène, l'acide picrique, ont été les seuls médicaments auxquels on eût recours à l'hôpital de Cayenne. On a pu, grâce à eux, obtenir des améliorations, mais non des guérisons complètes de la lésion.

Ni le curettage à la cuiller tranchante, ni l'iodure de potassium, *per os*, ni les pansements à l'ichtyol, ni les cautérisations au nitrate d'argent, ni les bains de mer prolongés, n'avaient pu guérir le malade de Darier. Seules les cautérisations ignées suivies de désinfections au phénosalyl et d'applications journalières d'une pommade au perchlorure de fer purent donner de bons résultats.

Nous pensons qu'actuellement le traitement du Pian-Bois peut, au contraire, être nettement précisé. Lorsque la lésion est limitée (forme cutanée), on peut

avoir recours au traitement local, soit par des attouchements au bleu de méthylène, soit de préférence par des applications d'émétique, soit sous la forme de poudre, soit sous la forme de pommade ou même de solution.

Dans les cas rebelles, surtout lorsque les ulcérations sont multiples, ou lorsque le Pian-Bois prend la forme cutané-lymphatique ou cutané-muqueuse, il faut employer les injections intraveineuses d'émétique.

Préconisée par Vianna pour le traitement de la Leishmaniose américaine, cette méthode a donné, comme on pourra le voir, au Docteur Henry d'excellents résultats. Celui-ci emploie la solution d'émétique à 1 p. 100 et pratique des injections intraveineuses quotidiennes de 10 centimètres cubes de cette solution, jusqu'à cicatrisation.

La première observation qu'il a publiée (*Revue d'Hygiène et de Médecine tropicales* de 1921, T. III. n° 3) concernait une ulcération datant de deux ans et large comme la paume de la main. Après seize injections, guérison complète ; deux mois après, la guérison s'était maintenue.

Le malade de l'observation I de notre thèse a commencé son traitement quatre mois après le début de l'affection. Au bout de la deuxième injection, les ulcères se dessèchent. Le troisième jour, la cicatrisation commence ; A la sixième injection, la guérison est complète.

Les lésions multiples et graves du malade de l'ob-

servation II ont cédé à dix injections réparties sur quatorze jours. Le traitement, commencé deux mois et demi après le début, a amené une prompte guérison.

Notre observation III concerne des lésions multiples datant de deux mois. Dix injections d'émétique amenèrent une cicatrisation complète des lésions des membres et du nez.

L'émétique constitue, comme on a pu le voir, un traitement très efficace de la Leishmaniose de la Guyane. Nous devons cependant avouer que nous sommes surpris, connaissant les effets pharmacodynamiques du tartre stibié et la fréquence des lésions rénales et hépatiques chez les travailleurs de la forêt, nous sommes surpris, disons-nous, que le traitement par l'émétique employé à aussi forte dose n'ait jamais provoqué d'accidents.

CHAPITRE VII

Rapports entre la Leishmaniose américaine et la Leishmaniose cutanée de la Guyane

A sa phase de début, la Leishmaniose américaine se comporte, comme on le sait, à peu près comme la Leishmaniose de la Guyane. La lésion initiale est représentée par une pustule de la grosseur d'une tête d'épingle, qui, en se rompant, laisse à nu une ulcération qui ira en grandissant. Le fond de l'ulcération est granuleux et saigne facilement. Quelques ulcères poussent des bourgeons au-dessus de leurs bords taillés à pic, suintent et demeurent sans croûte (Leishmaniose lardacée humide); d'autres sont recouverts d'une croûte dure et sèche (Leishmaniose sèche). Au bout de sept à huit mois, les ulcères peuvent guérir; quelques-uns cependant durent plusieurs années. Après la guérison des lésions cutanées, le malade semble se rétablir, complètement; mais, après un laps de temps variable, apparaissent des lésions leishmaninennes des

muqueuses. Les muqueuses du nez, de la bouche, du pharynx, du larynx, de la trachée, peuvent être atteintes ; elles sont le siège de lésions profondes, destructives, mutilantes, qui n'ont aucune tendance à se cicatriser et entraînent enfin la mort du malade, qui succombe à une cachexie progressive ou est emporté par une affection surajoutée, quinze à vingt ans quelquefois après le début des accidents primitifs.

La Leishmaniose de la Guyane semble, sous ses diverses formes, s'opposer très nettement à l'affection que nous venons de décrire :

a) Sa forme cutanée rappelle simplement un Bouton d'Orient à évolution prolongée et torpide.

b) La forme lymphatico-cutanée se rapproche par certains aspects cliniques de la Leishmaniose américaine ; mais, tandis que les nodules indurés ou suppurés situés sur le trajet des lymphatiques s'observent rarement dans les cas de Leishmaniose américaine, ils sont assez fréquents dans les cas de Pian-Bois pour constituer un des caractères de la maladie.

Seule la forme cutanéomuqueuse de la Leishmaniose de la Guyane rappelle la Leishmaniose américaine.

Mais cette forme cutanéomuqueuse de la Leishmaniose de la Guyane est exceptionnelle, tandis que les localisations sur les muqueuses sont presque constantes dans la Leishmaniose américaine. D'autre part, les lésions muqueuses dans notre cas se montrèrent

d'une façon précoce, peu de temps après l'apparition des lésions cutanées, tandis que dans la Leishmaniose américaine, de nombreuses années peuvent séparer la guérison des lésions cutanées de l'apparition des accidents sur les muqueuses. Enfin, les localisations sur les muqueuses de la Leishmaniose américaine déterminent des mutilations et entraînent toujours la mort ; au contraire, si l'on en juge par la seule observation dont nous disposons (observation IV) les accidents muqueux de la Leishmaniose de la Guyane semblent bénins.

Il est impossible toutefois de ne pas penser qu'il existe des relations assez étroites entre la Leishmaniose de la Guyane et la Leishmaniose américaine.

Nous n'entendons ici nullement partir de leur distribution géographique, mais nous nous appuyons sur la chronicité des lésions de la Guyane, sur leur possibilité d'atteindre les muqueuses même à titre exceptionnel, sur leurs localisations lymphatiques telles que le démontrent les observations cliniques et l'étude biologique des lésions. Enfin, l'étude du parasite faite par M. Nattan-Larrier semble démontrer qu'il présente de nombreux caractères qui permettent de le rapprocher du parasite de la Leishmaniose américaine. " S'il a été légitime, dit M. Nattan-Larrier, de séparer *Leishmania Tropica* de *Leishmania Tropica var americana*, parce que les symptômes du Bouton d'Orient s'opposent à ceux de la Leishmaniose américaine, peut-être doit-on penser que la *Leishmania* de la

Guyane constitue elle aussi une variété de *Leishmania Tropica*. Le Pian-Bois, à son tour, ne devrait pas être considéré comme une forme bénigne de la maladie américaine, mais comme une véritable entité pathologique. ”

OBSERVATIONS

OBSERVATION I INEDITE

(due à l'obligeance du Docteur Henry, de Cayenne)

B..., acheteur d'or et de balata dans les bois. — Raconte que, le 24 décembre 1923, il aperçoit sur l'avant-bras droit une pustule du volume d'une tête d'épingle, autour de laquelle se faisaient sentir d'assez vives démangeaisons. La pustule grossit, et au bout d'un mois elle atteignait la grosseur d'un gros pois, en même temps qu'elle se recouvrait d'une croûte dure qui donnait l'impression d'une guérison. Cette croûte, à la suite d'une chute, se détacha, laissant à vif une plaie qui ne cessa de s'étendre.

En même temps, au bord interne du pied gauche, se montrait une autre pustule grosse comme un pois et prurigineuse. Persuadé qu'il s'agissait d'une chique, B... se livra aux manœuvres d'extraction, sans résultat naturellement.

Les plaies de l'avant-bras et du pied furent traitées avec du tafia, de la teinture d'iode, des herbes, et toute la thérapeutique usitée dans la forêt vierge, jusqu'au 15 mars, date à laquelle le malade arriva à Cayenne, où, pendant deux semaines, il se livra aux soins d'un pharmacien qui employa tour à tour et sans résultat l'aristol, l'iodoforme, le dermatol, etc.

B... vient nous voir le 29 avril. Nous constatons : 1° à la face antéro-inférieure de l'avant-bras droit, une ulcération un

peu plus large qu'une pièce de un franc, dont la base est indurée et la surface sanieuse. Débarrassée de sa sanie, l'ulcération apparaît rouge foncé ; son pourtour est limité par un bourrelet saillant, rouge, à larges ondulations. Tout près du bord à gauche, et ensuite un peu plus bas, on sent deux petites indurations sous-cutanées d'aspect légèrement violacé ; celle de gauche est près de la limite du pourtour de l'ulcération et sur le point d'être rejointe par elle.

2° Au bord interne du pied gauche, une ulcération de 6 centimètres de long sur 4 centimètres de largeur. La plaie est à vif et présente les mêmes caractères que celle de l'avant-bras.

Les deux ulcérations n'ont occasionné aucun trouble général. Pas de lymphangite, pas de ganglions enflammés. Le malade accuse simplement une légère gêne à l'avant-bras quand il ferme le poing.

Décapage des lésions à l'éther. Simple application de compresses sèches. Puis le malade est soumis au traitement par l'émétique.

Au bout du deuxième jour, les deux ulcérations présentent une surface sèche ; le bourrelet périphérique s'est un peu affaissé en même temps qu'il est devenu moins rouge. Le troisième jour, quelques îlots blancs de cicatrisation, dont quelques-uns se rejoignent le quatrième jour. A la sixième piqure, les ulcérations sont entièrement recouvertes par une cicatrice complète, sans solution de continuité. Le huitième jour, on ne met plus aucun pansement, et le dixième jour le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION II INÉDITE

(Due à l'obligeance du Docteur Henry, de Cayenne)

A. D..., 36 ans, née à la Martinique. Est en Guyane depuis dix ans. Travaille dans les bois.

Vers la mi-novembre, la malade voit apparaître plusieurs

petites pustules sur ses deux jambes. Quelques jours après, d'autres éléments semblables surgissent aux deux avant-bras, ainsi qu'à la face dorsale de la main droite. Ces pustules, qui s'accompagnent de démangeaisons très vives au début, grossissent peu à peu et s'ulcèrent.

La malade vient à Cayenne le 15 janvier et se présente à notre consultation le 22. Nous constatons :

1° A la face interne de la jambe droite, une ulcération de 3 centimètres de diamètre ;

2° A la face interne de la jambe gauche, deux ulcérations côte à côte, de 4 centimètres de diamètre chacune ;

3° A la face postérieure de l'avant-bras droit, une ulcération de 3 centimètres de diamètre. De cette lésion part une chaîne de petits nodules indurés sous-cutanés qui remonte jusqu'à l'aisselle en suivant la face interne du bras ;

4° A l'avant-bras gauche, sur la face postérieure, une ulcération large de 3 centimètres, d'où part également une chaîne de petits nodules indurés sous-cutanés s'arrêtant au milieu de la face interne du bras. Au-dessous de l'ulcération, on trouve un semis de sept petits nodules tout près de s'ulcérer.

5° A la face interne de l'avant-bras gauche, une ulcération large de 1 centimètre et demi ;

6° A la paume des deux mains, sur l'éminence hypothénar, deux plaques rouge foncé de 2 centimètres de diamètre, au niveau desquelles la peau est infiltrée et un peu douloureuse.

Ces deux éléments ne dateraient que d'une quinzaine de jours. Pas de ganglions épitrochléens, ni axillaires, ni cruraux.

La santé générale est bonne.

Nettoyage des ulcérations à l'éther. Pansement à l'alcool à 90°. Traitement par dix injections de 10 centimètres cubes de solution d'émétique, réparties sur quatorze jours. Guérison complète, sans aucune réaction générale. La peau a repris toute sa souplesse au niveau des ulcérations.

OBSERVATION III INEDITE

(Due à l'obligeance du Docteur Henry, de Cayenne)

F... I..., 40 ans., né à Capesterre (Guadeloupe). Est en Guyane depuis deux ans comme mineur.

En décembre, voit apparaître sur le bout du nez une petite pustule de la grosseur d'une tête d'épingle, s'accompagnant de démangeaisons. Quelques jours après, des éléments semblables apparaissent aux jambes, aux pieds et à l'avant-bras gauche. Entre à l'hôpital le 2 février. On constate :

1° Une ulcération occupant tout le nez, envahissant les orifices des narines et enpiétant sur la muqueuse nasale. La voix est fortement nasonnée.

2s A la face externe de la jambe droite, une ulcération de 5 centimètres de large.

3° A la face dorsale du pied droit, une ulcération large de 3 centimètres.

4° A la face interne de la jambe droite et sur la malléole interne, une ulcération de 3 centimètres de diamètre.

5° A la jambe gauche, sur la malléole externe, une ulcération de 6 centimètres de diamètre.

6° A la face postérieure de l'avant-bras gauche, une ulcération de 2 centimètres de diamètre.

Pas d'adénopathie. Le traitement est commencé le 2 février. Jusqu'au 12 février, injection quotidienne de 10 centimètres cubes de la solution d'émétique.

A la dernière injection, la cicatrisation des ulcérations est complète. La cicatrice est souple.

Le nez a repris son aspect normal.

OBSERVATION IV INEDITE

(Due à l'obligeance du Docteur Henry, de Cayenne)

A... J..., 26 ans, née à Sainte-Lucie (Antilles Anglaises). En est à son deuxième séjour en Guyane. Elle y est revenue il y a sept mois pour se rendre à une mine d'or où elle tient un commerce.

Il y a quatre mois, elle a remarqué à l'avant-bras droit une petite pustule qui, deux mois après, s'est ouverte et n'a cessé de s'élargir. Il y a un mois, elle a éprouvé un peu de douleur dans le nez, en même temps qu'elle mouchait du sang. Deux autres pustules, l'une à la tête du sourcil gauche, l'autre sur le bord libre de l'oreille droite, survinrent peu après.

Le 1^{er} avril, la malade se présente à notre examen. On constate :

1^o A la face postérieure de l'avant-bras droit, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, un nodule ulcéré de 1 centimètre et demi de diamètre. Au-dessus, dans le tissu cellulaire, donnant la sensation de grains de plomb, trois nodules sur lesquels roule la peau. Au-dessus d'eux, un petit placard induré de 1 centimètre environ de large sur 1 demi-centimètre de long, constitué par des nodules arrivés au stade d'adhérence avec la peau. Encore quelques semaines, et un gros élément nodulaire unique surgirait à ce niveau.

2^o Sur la muqueuse nasale, aux deux narines, à 1 centimètre de l'orifice, deux ulcérations bien bourgeonnantes qui obstruent en partie les fosses nasales, provoquant ainsi une respiration un peu sifflante et qui sont causes du nasillement de la voix.

3^o Sur le sourcil, gros comme un grain de plomb de petit calibre, un petit nodule induré et une ulcération large comme une tête d'épingle.

4° Sur le bord libre du pavillon de l'oreille droite, un nodule non ulcéré, du volume d'un petit grain de plomb.

Toutes ces lésions, après sept piqûres d'émétique intra-veineuses, ont disparu.

OBSERVATION V

de DARIER et CHRISMAS

(In *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1901,

p. 308)

M. M... G..., 32 ans, a toujours été bien portant, excepté une fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans. Jamais de syphilis, aucun signe de tuberculose. Il a fait trois voyages dans l'intérieur des Guyanes, en 1895, 1896, 1897, 1898, 1900, 1901. A eu de nombreuses atteintes de malaria pendant ses deux premiers voyages, moins fréquentes grâce à l'emploi de la quinine à doses préventives pendant son troisième séjour. Depuis son retour en Europe, il n'a plus eu d'attaque de fièvre. La maladie actuelle date de sa descente des grands bois de l'intérieur des Guyanes, au début de la saison des pluies (1^{er} février 1901).

La maladie a débuté par une petite nodosité de couleur violacée, non ulcérée, légèrement indurée, située sur le dos de la main droite. Peu après, une autre pareille s'est développée sur l'avant-bras gauche. Ces nodosités se sont ulcérées quelques jours plus tard, et il s'est formé deux ulcérations superficielles de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

L'apparition de ces nodosités ne s'est accompagnée d'aucun phénomène de douleur ou de prurit. Il souffrait à ce moment d'une anémie profonde, avait des accès de fièvre et des crampes dans les jambes, qu'il attribue à la malaria. On ne peut donc pas dire qu'il y a eu des troubles prémonitoires ou,

initiaux de la santé générale imputables à sa maladie nouvelle.

A l'arrivée à Cayenne, le 1^{er} mars 1901, les ulcérations légèrement agrandies ont été reconnues comme étant des lésions de Pian-Bois, maladie très fréquente au début de la saison des pluies chez les ouvriers des placers, les prospecteurs et les coupeurs de bois, maladie complètement inconnue chez les Européens n'ayant pas pénétré dans les forêts vierges, connue en Guyane Hollandaise sous le nom de Boussy Yaws.

Les lésions ont été traitées à l'hôpital d'Albina, le 17 mars 1901, par le curetage à la cuiller tranchante et l'application de différents antiseptiques. Malgré ce traitement, les ulcérations se sont agrandies ; elles sont restées atones en dépit des cautérisations au nitrate d'argent ; elles ont atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs. Entre temps, il s'est formé d'autres nodosités, non ulcérées, sur les deux bras, ainsi que des chapelets de petites indurations le long des vaisseaux lymphatiques des deux bras.

Le malade a suivi différents traitements : bains de mer prolongés, KI (5 grammes par jour), sans aucune amélioration. Sur le conseil d'un spécialiste de New-York, on a remplacé les pansements au sublimé par l'ichtyol, dont l'effet est resté également nul.

Le traitement, commencé à Paris le 26 mai 1901, a consisté en cautérisations ignées de toute la surface des ulcérations, après désinfection au phénosaly,¹ et en applications journalières d'une pommade composée de perchlorure de fer, vaseline et lanoline *aa*.

Ce traitement, renouvelé matin et soir, semble amener une rapide guérison des plaies.

Etat actuel : L'état général du malade est bon. L'analyse du sang n'a rien donné d'anormal. Les dimensions du foie

et de la rate sont normales. La composition de l'urine est normale.

Au dos de la main droite se voit la lésion la plus ancienne; elle se présente sous l'aspect d'une ulcération ovale transverse de 30 millimètres de long sur 15 de large. Sa bordure est sinueuse, élevée en un bourrelet qui est taillé à pic du côté de la perte de substance. La surface de l'ulcère est d'un rouge vif, granuleuse ou chagrinée comme du maroquin, et secrète un peu de sérosité jaunâtre. Par la pression entre deux doigts, on ne fait sourdre aucune goutte de pus ni de sérosité, et l'on constate qu'à sa base il n'y a qu'une induration très modérée. Cette pression est peu douloureuse. La cicatrisation marche rapidement sous l'influence de la pommade au perchlorure et fait des progrès journallement appréciables. La peau voisine est en état de dermite légère due au pansement.

L'ulcération de l'avant-bras gauche siège sur le bord cubital; elle est de la grandeur d'une pièce de 2 francs; quoique nous la qualifions du nom d'ulcération, elle est aujourd'hui épidermée dans presque toute son étendue.

La surface est lisse; les bords sont plans; il n'y a aucune induration sous-jacente, aucune pigmentation du pourtour.

L'examen histologique, encore incomplet à la vérité, d'une portion biopsiée de l'ulcère de la main et de son bourrelet, n'a montré jusqu'ici que les caractères d'une plaie simple en voie de cicatrisation, sans rien de spécial. Rappelons que ces deux lésions ont subi des traitements énergiques, notamment par le thermocautère, ce qui doit en avoir modifié très profondément les caractères.

Plus intéressantes et plus caractéristiques sont les lésions plus jeunes qui s'échelonnent à partir des ulcérations jusqu'aux aisselles. Il n'en existe pas une seule dans la portion des membres supérieurs située au-dessous des ulcères, c'est-

à-dire sur les doigts de la main droite et sur toute la main gauche.

Il n'en existe sur aucune autre région du corps. Les lésions des avant-bras et des bras consistent en nodules sous-cutanés de dimensions variant entre celles d'un très petit pois et d'une demi-noix. Elles sont manifestement disposées en séries le long des troncs lymphatiques principaux des membres et de chaque côté du pli du coude, par exemple, sont assez rapprochées pour donner au palper la sensation d'un cordon noueux ou d'un chiapelet sous-cutané à grains un peu inégaux.

Les nodosités les plus petites et les plus récentes sont fermes, indolores et sans changement de coloration de la peau à leur niveau ; les moyennes, du volume d'un gros pois, sont plus molles, font une saillie appréciable et sont couvertes d'une peau rosée. Les plus grosses, notamment trois lésions près du pli du coude, sont molles, fluctuantes, un peu douloureuses ; la peau est amincie, mais sans squames, violacée ; leur aspect est celui de gommes prêtes à s'ouvrir. Quelques nodosités de petit volume s'étendent jusqu'aux ganglions axillaires, qui sont indurés et augmentés de volume à un léger degré, un peu plus à droite qu'à gauche.

Le Pian-Bois, au dire de notre malade, ne se gagnerait que dans les forêts et exclusivement au début de la saison des pluies... Il semble établi que la maladie commence bien par un nodule sous-cutané, qu'elle évolue comme une lymphangite nodulaire, que la peau n'est que secondairement envahie, et cela de dedans en dehors. Il ne s'agit donc pas ici de dermatose à proprement parler.

OBSERVATION VI

du Professeur JEANSELME

(In *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1901,

p. 970)

Je n'ai pas assisté à la phase éruptive, dont je donne la description telle qu'elle m'a été dictée par le malade. Mais j'ai pu étudier à loisir les caractères des cicatrices qui ont survécu à la maladie.

Maxime Schw..., 19 ans, entré à Beaujon, dans le service de M. Fernet, le 18 octobre 1901.

Ce jeune homme, arrivé à la Guyane en août 1900, dirigeait les travaux de défrichement de la forêt vierge, quand il présenta une éruption dont le début remonte au mois d'avril 1901.

Les éléments apparurent par poussées successives; la plupart étaient groupés sur les jambes, plus particulièrement sur leur face antéro-externe. Mais quelques-uns étaient disséminés sur le dos des pieds, les genoux, les cuisses, les fesses. Aux membres supérieurs, l'éruption, d'ailleurs très discrète, s'est cantonnée sur la face postérieure des poignets et des avant-bras.

D'après le malade, chaque élément avait pour point de départ une piqûre de moustique. C'était d'abord une tuméfaction circonscrite, saillante et volumineuse, couronnée d'une croûte brunâtre plus ou moins large. Au-dessous de celle-ci, existait une ulcération cratériforme remplie de pus consistant et fétide. [Les plaies étaient peut-être tapissées d'une fausse membrane diphtéroïde]. Quelques-unes des plaques d'infiltration ont pris une grande extension, au point de couvrir une surface aussi large que la paume de la main,

Les éléments, presque confluents sur les jambes dont le volume devint considérable, ont causé au malade de vives souffrances. Mais, aux membres supérieurs, les ulcérations superficielles et peu douloureuses ne reposaient pas sur une base phlegmasique étendue. Le retentissement ganglionnaire fut très marqué aux aînes, moindre aux aisselles et à peine constatable au cou.

C'est vers le 15 mai que la fièvre apparut pour la première fois, c'est-à-dire à l'époque où la plupart des éléments étaient en pleine suppuration. Elle n'était pas continue, elle revenait chaque nuit sous forme d'accès qui n'étaient pas précédés de frissons, ni suivis de sueurs, mais qui s'accompagnaient de délire. Le sultar de quinine était sans action sur eux.

Le malade fut transporté à l'hôpital de Cayenne le 12 mai et il y séjourna jusqu'au 3 juin. Le médecin traitant porta le diagnostic de Pian-Bois. Il fit sans succès de nombreuses cautérisations, mais l'état général et local s'aggravant, le rapatriement fut décidé.

La traversée dura vingt jours. C'est dans les trois ou quatre derniers jours seulement que le malade ressentit une amélioration sensible.

Le séjour en France amena une prompte guérison, sans aucun traitement.

J'ai vu le malade pour la première fois le 25 octobre, près de quatre mois après la guérison définitive. L'éruption a laissé des cicatrices dont l'aspect diffère un peu suivant les régions envisagées. Sur les jambes, où les ulcères ont été nombreux et assez profonds, les cicatrices sont coalescentes.

De taille variable, égalant pour la plupart le diamètre d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 2 francs, elles sont arrondies, mais limitées par un bord assez irrégulier, superficielles et planes, légèrement réticulées, elles sont de niveau avec la peau saine et glissent aisément sur les plans sous-jacents.

Tandis que le centre de la cicatrice est décoloré, sa portion périphérique, très pigmentée en brun tirant sur le violet, tranche nettement sur la peau voisine de nuance normale. Les poils sont assez nombreux sur la zone hyperchromique, ce qui montre que la désorganisation du derme en ce point n'a pas été profonde.

Et cependant, au niveau des cicatrices superficielles, les troubles de la sensibilité thermique et douloureuse sont notables.

Beaucoup d'éléments situés sur le cou du pied, la face antérieure des genoux, le dos des poignets et des avant-bras, n'ont laissé pour tout vestige que des taches érythémato-pigmentaires à peine appréciables, au niveau desquelles je n'ai relevé aucune altération de la sensibilité.

Le malade n'est pas syphilitique.

OBSERVATION VII

par MM. TOUIN, NATTAN-LARRIER et HECKENROTH

(In *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 1909, p. 587)

B... Gustave, âgé de 33 ans, est né en France. Il a fait un premier séjour à la Guyane en 1895-97 et s'est installé définitivement dans la colonie depuis 1900.

Les antécédents personnels et héréditaires de B... ne présentent rien de spécial, mais, depuis six ans, le malade est atteint d'accidents palustres qui ont provoqué une anémie très marquée.

Le 8 février, B... entre à l'hôpital de Cayenne pour un ulcère contracté à la suite d'un voyage aux environs de Kourou.

La lésion a débuté par une vésicule qui s'est rompue et a laissé à nu une surface légèrement suppurante. Bientôt, l'ul-

cération s'est étendue en surface, et, lorsque le malade s'est présenté à l'hôpital, il existait sur la face postérieure du poignet gauche un ulcère ovalaire mesurant 3 centimètres et demi de long sur 2 centimètres de large. Le fond en était finement granuleux, mai pâle et atone ; il n'y existait pas de suppuration, mais l'ulcère saignait au moindre frottement. Les bords, peu élevés et réguliers, étaient entourés d'une zone œdémateuse rougeâtre.

Comme la lésion avait résisté à tous les traitements antiseptiques et ne s'était pas améliorée depuis plus d'un mois, on décida d'en pratiquer l'excision. Les suites de l'opération furent régulières, et la plaie opératoire guérit spontanément.

CONCLUSIONS

I. — Le Pian-Bois, longtemps confondu avec d'autres ulcération banales ou spécifiques observées à la Guyane, constitue une entité pathologique qui ne présente rien de commun avec le Pian et doit prendre place dans le groupe des Leishmanioses.

II. — Par ses caractères cliniques, la Leishmaniose de la Guyane se différencie nettement du Bouton d'Orient ; elle se rapproche de la Leishmaniose américaine, mais elle ne peut être confondue avec elle. Des trois formes cliniques de la Leishmaniose de la Guyane, la forme ulcéreuse simple rappelle seule le Bouton d'Orient, quoiqu'elle possède une évolution plus lente. La forme cutanéolymphatique ne ressemble ni au Bouton d'Orient ni à la Leishmaniose américaine. La forme cutanéomuqueuse, qui est très rare, pourrait seule être confondue avec la Leishmaniose américaine, encore qu'elle s'en sépare par des symptômes essentiels.

III. — Les caractères microbiologiques de la *Leishmania* de la Guyane semblent être, sinon identiques, du moins très voisins de ceux de la *Leishmania* américaine. Mais le premier de ces protozoaires présente une tropisme muqueux très faible et un tropisme lymphatique très accentué ; le second présente au contraire un tropisme muqueux très accentué et un tropisme lymphatique plus faible, encore qu'il envahisse souvent les petits vaisseaux lymphatiques. Les deux parasites, mais surtout la *Leishmania* américaine, donnent des infections qui n'ont qu'une faible tendance à guérir spontanément.

IV. — Le mode de transmission du Pian-Bois est encore complètement inconnu. Rien ne permet d'établir que la maladie est transmise par une tique. Au contraire, le rôle d'un diptère piqueur et sans doute d'un phlébotome est probable : l'hôte intermédiaire du parasite se rencontre sans aucun doute dans la forêt et se multiplie à la saison des pluies.

V. — L'homme ne paraît être qu'un hôte accidentel de la *Leishmania* de la Guyane. Il est possible que le virus se conserve dans la nature en passant d'insecte à insecte. Il est vraisemblable qu'il existe dans la forêt tropicale un vertébré mammifère qui est le réservoir du virus et l'hôte normal du protozoaire.

VI. — Le Pian-Bois, en raison du caractère rebelle de ses lésions et de la gravité qu'il peut prendre, ne

sera pas d'ordinaire justiciable des traitements simples qui réussissent le plus souvent à arrêter l'évolution du Bouton d'Orient. Il faudra leur préférer soit les injections intraveineuses d'émétique, soit le traitement externe par la pommade à l'émétique.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. LAPIE.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*

G. JEANSELME.



BIBLIOGRAPHIE

- Brumpt.* — Précis de Parasitologie (Masson et Cie, édit.).
- Bonne.* — La Leishmaniose cutanée de la Guyane Hollandaise (Bulletin de la Société de Pathologie exotique, 1924, n° 4, tome XVII).
- Escomel.* — Description de la Espundia (Bulletin de la Société de Pathologie exotique, 12 juillet 1911).
- Flû.* — Die Aetiologie der in Surinam Vorkommen den Sogenannten Boshyaws einer Alepobeule Analogen Erkrankung. Central Bakteriologie, april 1911, pages 624-637).
- Henry.* — Traitement du Pian-Bois par le tartre stibié (Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales, 1921, tome XIII, n° 5).
- Jeanselme.* — Sur le Pian-Bois (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1901, page 970).
- Jeanselme.* — Cours de Dermatologie exotique, 1904 (Le Pian-Bois).
- Jeanselme et Langeron.* — De l'envahissement des voies lymphatiques par les parasites des Leishmanioses cutanées (Bulletin de l'Académie de Médecine, 28 juillet 1914)

Laveran. — Leishmanioses.

Laveran et Nattan-Larrier. — Contribution à l'étude de la Espundia (Bulletin de la Société de Pathologie exotique, 13 mars 1912, 1^{re} note ; 10 juillet 1912, 2^e note).

Nattan-Larrier, Touin et Heckenroth. — Bulletin de la (Bulletin de l'Académie de Médecine, tome XCIII, séance du 17 mars 1925).

Nattan-Larrier, Touin et Heckenroth. — Bulletin de la Société de Pathologie exotique, 1909, page 587).

Thésé. — Rapport à la Société de Pathologie exotique, 12 juillet 1916, page 467, tome IX).

